Plan stratégique

2001-2004

du ministère
de la Santé
et des
Services sociaux

Québec
Ministère de la Santé
et des Services sociaux

101-05955/

MOT DU MINISTRE

Les années 1990 ont été marquées par d'importantes transformations qui ont touché l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Largement reliées à l'évolution du Québec, ces transformations sont survenues au cours d'une période extrêmement exigeante sur le plan budgétaire.

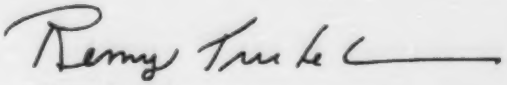
Au cours des deux dernières années, il a heureusement été possible de réinvestir des sommes très importantes dans les services de santé et les services sociaux. Mais l'argent ne fait pas foi de tout, loin de là. C'est pourquoi le gouvernement a lancé, au cours de l'année 2000, une grande démarche de consultation et de réflexion sur l'organisation des soins et des services, ainsi que sur les façons d'assurer, à long terme, la stabilité de leur financement. Le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, présidé par monsieur Michel Clair, propose un certain nombre de voies de solutions d'autant plus intéressantes qu'elles sont issues de vastes consensus.

Grâce aux efforts de la Commission, à la lumière des travaux réalisés au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux, et dans la foulée des réflexions menées, à la demande des autorités ministérielles, par différents groupes de travail, nous sommes en mesure de prendre des engagements clairs et de passer à l'action. Nous connaissons la perspective, les solutions les plus appropriées et nous avons dégagé des points de convergence chez nos principaux partenaires. Le plan stratégique 2001-2004 du ministère arrive donc à un moment privilégié.

Nos orientations y sont clairement énoncées : plus de prévention ; l'amélioration de l'accessibilité aux services et de la continuité des soins ; une stabilisation du financement ; une imputabilité plus forte. Pour réaliser l'ensemble des engagements de ce plan stratégique, nous comptons sur des acquis de taille, dont le principal est sans contredit l'exceptionnelle qualité des soins et des services offerts par le personnel du réseau et la collaboration de l'ensemble des ressources humaines du ministère.

Je suis convaincu qu'il existe actuellement, dans la société québécoise, un véritable élan collectif favorable au renforcement de nos services de santé et de nos services sociaux. Avec l'appui quotidien de ma collègue, madame Agnès Maltais, et avec l'aide de tous les acteurs du réseau, je compte saisir ce moment favorable pour poser des gestes décisifs et structurants, des gestes qui assureront à la population québécoise les soins et les services qui lui sont essentiels.

Le ministre d'État à la Santé et aux Services sociaux,



Rémy Trudel

-1-

Édition produite par :
La Direction des communications du ministère de la Santé
et des Services sociaux

Pour obtenir un exemplaire de ce document, faites parvenir
votre commande

- par télécopieur : (418) 644-4574

- par courriel : communications@msss.gouv.qc.ca

- ou par la poste : Ministère de la Santé et des Services sociaux
Direction des communications
1075, chemin Sainte-Foy, 16e étage
Québec (Québec)
G1S 2M1

Le présent document est disponible à la section documentation
du site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux
dont l'adresse est : www.msss.gouv.qc.ca

Le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien
les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
Bibliothèque nationale du Canada, 2001
ISBN 2-550-37490-8

Toute reproduction totale ou partielle de ce document
est autorisée, à condition que la source soit mentionnée.

© Gouvernement du Québec

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION 5

LA MISSION, LES CLIENTÈLES ET LES PARTENAIRES 7

1 LA MISSION 9

2 LES CLIENTÈLES 10

3 LES PARTENAIRES 11

LE CONTEXTE ET LES ENJEUX 15

1 LE CONTEXTE 17

2 LES ENJEUX 22

LES ORIENTATIONS 25

ORIENTATION 1: CONVENIR DES OBJECTIFS PRIORITAIRES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE AUXQUELS DOIVENT TRAVAILLER LES DIFFÉRENTS ACTEURS 28

ORIENTATION 2: AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES ET ASSURER UNE ORGANISATION OPTIMALE DES RESSOURCES 30

ORIENTATION 3: DOTER LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE RESSOURCES HUMAINES QUALIFIÉES, DES MOYENS INFORMATIONNELS ADÉQUATS ET DES MÉTHODES DE BUDGÉTISATION APPROPRIÉES 38

ORIENTATION 4: STABILISER LE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AINSI QUE LA CROISSANCE DES DÉPENSES 46

ORIENTATION 5: CLARIFIER LES RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS ACTEURS ET ACCROÎTRE LEUR IMPUTABILITÉ 50

CONCLUSION 52

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES 53

INTRODUCTION

Le ministère de la Santé et des Services sociaux dépose son plan stratégique pour la période 2001-2004. Tout en s'inscrivant dans la foulée de la Loi sur l'administration publique, qui institue un nouveau cadre de gestion gouvernementale, ce plan stratégique repose sur une vision de l'évolution du secteur de la santé et des services sociaux.

Deux éléments relatifs au contexte méritent d'être signalés. D'une part, le ministère de la Santé et des Services sociaux se distingue de la plupart des autres ministères par le fait qu'il élabore des politiques et orientations qui sont mises en œuvre par un réseau d'organisations (régies régionales, établissements, organismes) et par des professionnels autonomes. Les relations entre ces partenaires sont régies par plusieurs lois et règlements. Les exigences du cadre de gestion gouvernementale, en vertu de la Loi sur l'administration publique, doivent donc être adaptées pour tenir compte de cette réalité complexe.

D'autre part, la conception du plan stratégique s'est aussi faite dans une période de mouvance importante, alors que le système sociosanitaire est en questionnement. À cet égard, la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (commission Clair) a été mandatée par le gouvernement pour tenir un débat public sur les enjeux auxquels fait face le système de santé et des services sociaux et proposer des avenues de solution pour l'avenir. Cette dernière a amorcé ses travaux en juin 2000 et a déposé son rapport à la mi-janvier 2001. Ses recommandations sont d'envergure et touchent à l'ensemble des domaines : l'organisation des services, la gestion des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles, le financement du système et la gouverne. Le Ministère a pris en compte les conclusions et recommandations de la Commission. Cette conjoncture particulière a représenté un défi majeur pour l'élaboration de ce premier plan stratégique.

Le plan comprend trois parties : la mission, les clientèles et les partenaires du ministère de la Santé et des Services sociaux ; le contexte dans lequel évolue le système de services et les enjeux qui s'y rattachent ; les grandes orientations, les axes d'intervention, les objectifs et les indicateurs. Ce plan stratégique constitue le point de départ d'un processus dynamique de réflexion au sein du Ministère et de son réseau. Il ne peut être considéré comme un outil statique ; il doit plutôt être vu comme un levier qui devra être adapté en fonction de l'évolution du contexte, de l'organisation des services et des résultats atteints.

LA MISSION, LES CLIENTÈLES ET LES PARTENAIRES

LA MISSION, LES CLIENTÈLES ET LES PARTENAIRES

1 LA MISSION

Maintenir, améliorer et restaurer la santé et le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux, intégrés et de qualité, contribuant ainsi au développement social et économique du Québec.

La mission dévolue au ministère de la Santé et des Services sociaux se traduit par la poursuite de deux objectifs :

- proposer à l'État et aux autres acteurs sociaux des priorités d'intervention pour agir positivement sur les déterminants de la santé et du bien-être de la population ;
- offrir aux individus et aux groupes des services de santé et des services sociaux accessibles et de qualité.

En ce qui a trait au premier objectif, il faut rappeler que tous les acteurs sociaux ont une influence sur l'évolution des déterminants de la santé et du bien-être de la population. Relativement au second objectif, le Ministère est seul responsable au niveau gouvernemental de l'organisation des services de santé et des services sociaux.

Dans son secteur, le Ministère partage toutefois sa responsabilité avec plusieurs organisations et partenaires. Le plan stratégique 2001-2004 du Ministère porte sur les activités, les enjeux et les orientations qui concernent l'ensemble des composantes du réseau de la santé et des services sociaux.

Le Ministère a un rôle qui porte principalement sur la régulation du système et du réseau, sur son orientation générale en matière de politiques de santé et de bien-être et sur l'évaluation des résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés. Il agit autant en amont de la production des services, par la définition des orientations, qu'en aval, compte tenu de ses responsabilités en matière de reddition de compte.

La **mission** est large, les **clientèles** sont variées et les **partenaires** sont nombreux. De façon plus précise, les **leviers d'intervention** dont dispose le Ministère sont les suivants :

- l'élaboration des politiques de santé et de services sociaux, leur mise en œuvre et leur évaluation ;
- l'approbation des priorités régionales découlant des politiques ministérielles ;
- la coordination du programme de santé publique et la mise en place de mesures de protection de la santé de la population ;
- la répartition équitable des ressources humaines, matérielles, financières et informationnelles entre les régions du Québec ;
- l'élaboration des cadres de gestion nécessaires à l'utilisation efficace et efficiente de ces ressources ;
- l'établissement des politiques et orientations relatives à la main-d'œuvre du réseau ;
- la coordination interrégionale des services ;
- l'action intersectorielle ;
- l'évaluation de l'impact des politiques.

2 LES CLIENTÈLES

L'ensemble de la population du Québec compose la clientèle du ministère de la Santé et des Services sociaux et celle de son réseau. Elle est formée d'enfants, de jeunes, d'adultes, de personnes âgées, de familles, tous usagers potentiels des services de santé et des services sociaux. Elle est, davantage qu'hier, formée de personnes qui, en raison d'une maladie, d'une perte d'autonomie, d'un handicap ou d'un problème de nature psychosociale, exigent des services à long terme.

Cinq grands types de clientèles sont desservies dans le réseau de la santé et des services sociaux :

- les personnes ayant besoin d'une intervention, qu'elle soit ponctuelle ou de plus long terme, pour résoudre un problème de **santé physique** ;
- les personnes dont la **santé mentale** est menacée, celles qui souffrent de troubles transitoires ou encore celles qui présentent des problèmes sévères et persistants ;
- les personnes qui ont une **déficience physique**, une **déficience intellectuelle** et les personnes âgées en **perte d'autonomie** ;
- les personnes dont l'**adaptation sociale** est compromise ou risque de l'être en raison de problèmes associés à des comportements sociaux inacceptables pour elles-mêmes ou pour autrui, ou encore provoqués par une situation sociale ou familiale difficile : toxicomanie, jeu pathologique, délinquance, violence ;
- enfin, l'ensemble de la population du Québec et, plus particulièrement, des groupes à qui sont destinées des activités de **promotion de la santé et du bien-être**, de **prévention** et de **protection** organisées par le réseau des services de santé publique.

Aperçu de la clientèle des services de santé et des services sociaux

Six millions de personnes (plus de 80 % de la population du Québec) reçoivent annuellement des services médicaux.

Tous les Québécois bénéficient d'une couverture pour leurs médicaments ; plus de trois millions sont couverts par le régime public.

Plus de 675 000 personnes sont admises en centre hospitalier de soins généraux et spécialisés ; 12 % des hospitalisations sont pour des problèmes de santé mentale.

Plus de 400 000 chirurgies sont pratiquées chaque année ; près de 60 % sont des chirurgies d'un jour.

Plus de 170 000 personnes âgées reçoivent des services à domicile ; plus de 36 000 personnes sont hébergées dans les CHSLD.

Environ 12 000 familles dont un enfant est handicapé obtiennent des services de répit, de gardiennage et de dépannage.

Près de 23 000 personnes reçoivent des services dans des centres de réadaptation.

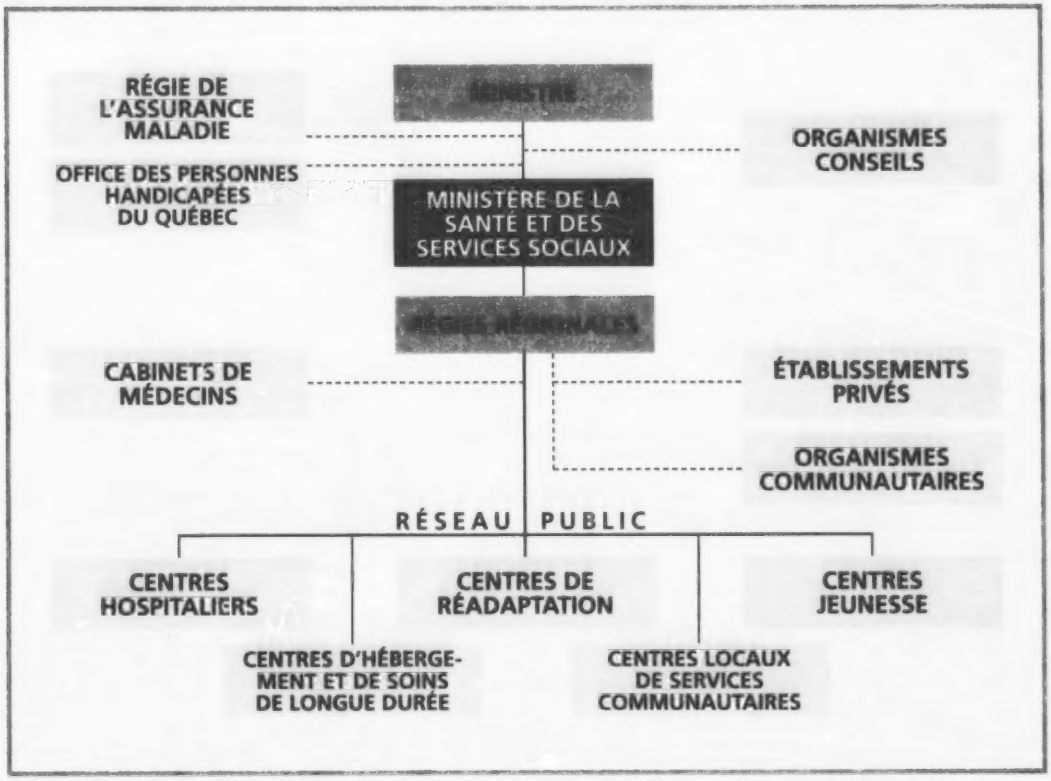
Plus de 105 000 demandes de services sont acheminées aux centres jeunesse. Environ 50 000 sont traitées à titre de signalement et 25 000 sont retenues. De ce nombre, 10 500 enfants sont considérés dans une situation où leur sécurité et leur développement est compromis.

Environ 25 000 personnes, alcooliques ou toxicomanes, reçoivent des services de réadaptation.

Des actions de santé publique sont menées pour et avec plusieurs groupes. Par exemple, plus de 1,2 million de personnes sont vaccinées annuellement contre diverses infections.

3 LES PARTENAIRES

LE SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC



Le ministère de la Santé et des Services sociaux est associé à un vaste éventail de partenaires pour réaliser sa mission.

LES RÉGIES RÉGIONALES DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (RRSSS)

Dix-huit instances régionales, soit seize régies, le Centre régional de la santé et des services sociaux de la Baie-James et le Conseil régional cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James, sont responsables de la planification, de l'organisation et de la coordination des programmes et des services ainsi que de l'allocation des ressources sur leur territoire. Elles ont également pour mandat d'adapter les services aux besoins et aux réalités des divers groupes qui composent la population de leur territoire. Au sein des instances régionales, les directions de la santé publique sont responsables de la coordination et de la prestation des services de santé publique.

UN VASTE ENSEMBLE DE DISPENSATEURS DE SERVICES

- Le réseau de la santé et des services sociaux est composé de 482 établissements, dont 351 sont publics et 131, privés ; la plupart de ces derniers sont des centres d'hébergement et de soins de longue durée (privés conventionnés).
- Plusieurs établissements du réseau ont plus d'une mission, c'est-à-dire qu'ils remplissent à la fois, par exemple, le rôle d'un CLSC et d'un centre hospitalier ou encore le rôle d'un CLSC et d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée. Ainsi, sous l'angle des missions, le réseau regroupe :
  - 146 centres locaux de services communautaires (CLSC) ;
  - 124 centres hospitaliers (CH) ;
  - 20 centres jeunesse (CJ) ;
  - 321 centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ;
  - 91 centres de réadaptation (CR).
- Cinq établissements ont un statut de centre hospitalier universitaire (CHU) et cinq autres, un statut de centre hospitalier affilié universitaire (CHAU). Trois CLSC ont également une désignation universitaire. Enfin, sept établissements sont désignés instituts, quatre dans le secteur de la santé et trois dans le secteur social.
- Le Québec compte plus de 800 cliniques médicales d'omnipratique, qui représentent des points d'accès aux services fort importants.
- Plusieurs ressources intermédiaires et ressources de type familial viennent compléter et soutenir les services offerts par les établissements :
  - 5 500 familles d'accueil pour enfants ;
  - 2 700 résidences d'accueil pour adultes et personnes âgées ;
  - 1 100 autres ressources intermédiaires.
- Près de 3 000 organismes communautaires subventionnés œuvrent également dans le secteur et offrent une variété de services et d'activités.
- Les entreprises d'économie sociale jouent désormais un rôle majeur dans les services de soutien à domicile. Plus d'une centaine d'entreprises, réparties sur tout le territoire québécois, offrent des services à quelque 35 000 personnes.
- Le Régime général d'assurance médicaments repose sur une collaboration entre le secteur public, les compagnies d'assurance privées, l'industrie pharmaceutique et les quelque 1 500 pharmacies communautaires.

LA MAIN-D'ŒUVRE DU SECTEUR EST HAUTEMENT QUALIFIÉE ET REPRÉSENTE PAS MOINS DE 10 % DE LA MAIN-D'ŒUVRE DU QUÉBEC

- Plus de 20 000 professionnels actifs reçoivent une rémunération de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Parmi eux, on retrouve plus de 14 000 médecins, répartis presque également entre spécialistes et omnipraticiens.
- Le réseau emploie environ 222 500 personnes, dont 9 500 cadres et 213 000 syndiqués. Ces personnes travaillent soit dans le domaine des soins infirmiers, dans diverses sphères professionnelles et techniquesou dans les secteurs administratifs et de soutien.

DES ORGANISATIONS TRÈS ACTIVES DANS LE SECTEUR DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DOIVENT ÊTRE CITÉES COMME DES PARTENAIRES MAJEURS

- Six associations représentent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux.
- Vingt-cinq ordres professionnels différents assurent le contrôle de la qualité et la régulation des activités cliniques.
- Les intérêts de différents groupes d'usagers sont défendus par plusieurs organismes du mouvement associatif.
- Les employés du secteur de la santé et des services sociaux sont représentés par les grandes organisations syndicales que compte le Québec.
- Depuis l'instauration du Régime général d'assurance médicaments, le Ministère a établi des liens avec les regroupements d'assureurs et les compagnies pharmaceutiques.

Le ministère de la Santé et des Services sociaux collabore avec plusieurs partenaires pour réaliser des actions visant l'amélioration de la santé et du bien-être de la population québécoise. Les principaux partenaires sont les ministères de l'Éducation, de l'Environnement, de la Justice, de la Solidarité sociale, de la Sécurité publique, de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation.

Le Ministère collabore également avec d'autres organismes gouvernementaux pour l'avancement de certains dossiers, tels la condition féminine, la coopération internationale, les relations intergouvernementales et l'intégration des communautés culturelles.

TREIZE ORGANISMES RELÈVENT DU MINISTRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

- Six organismes exercent des responsabilités administratives :
  - le Conseil consultatif de pharmacologie (CCP),
  - la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ),
  - la Corporation Héma-Québec,
  - la Corporation d'urgences-santé de la région de Montréal métropolitain,
  - l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ),
  - la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ).
- Sept organismes ont un rôle de recommandation et de consultation :
  - le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT),
  - le Comité de revue de l'utilisation des médicaments (CRUM),
  - le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ),
  - la Commissaire aux plaintes,
  - le Conseil médical du Québec (CMQ),
  - le Conseil de la santé et du bien-être (CSBE),
  - l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

LE CONTEXTE ET LES ENJEUX

1 LE CONTEXTE

Le système de santé et de services sociaux traverse actuellement une importante période de transition et il est soumis à de fortes pressions, à l'externe et à l'interne. Ces pressions viennent marquer l'évolution du secteur.

À L'EXTERNE, DES TENDANCES LOURDES

UNE NOUVELLE CARTE DE LA MALADIE, DES PROBLÈMES SOCIAUX ET DES BESOINS

- Le portrait épidémiologique a changé au cours des dernières décennies. Lors de la création du système de santé et de services sociaux, la population était très jeune et les services se traduisaient la plupart du temps en épisodes de soins de courte durée. Depuis ce temps, la population a vieilli et la proportion de personnes ayant des incapacités permanentes a augmenté ; elle s'établit actuellement à 9,3 %. Cette proportion atteint 27 % chez les personnes de 75 ans ou plus.
- Les besoins de soins et de soutien dans le milieu de vie ont décuplé. La très grande majorité des personnes handicapées et des personnes souffrant de troubles mentaux vivent aujourd'hui dans leur milieu. Il en est de même pour les personnes âgées en perte d'autonomie. Ces changements obligent à une reconfiguration importante des services, qui doivent être adaptés à la diversité des milieux de vie.
- De plus en plus de personnes se trouvent dans une situation qui les rend vulnérables : des jeunes en difficulté, des personnes qui éprouvent des problèmes de santé mentale, des personnes qui vivent des problèmes de nature psychosociale : toxicomanie, jeu pathologique, etc.
- Les attentes de la population envers le système de services ont aussi augmenté avec l'évolution des valeurs et des pratiques. Les personnes s'attendent aujourd'hui à recevoir non seulement les traitements nécessaires lorsqu'elles traversent un épisode aigu, mais également les soins et le soutien dont elles ont besoin dans leur milieu de vie.

LA RÉVOLUTION TECHNOLOGIQUE

- La recherche pharmaceutique donne lieu à d'importantes percées thérapeutiques qui améliorent les possibilités de traitement. Mais l'arrivée de nouveaux médicaments entraîne également des coûts très importants. Depuis quelques années, les dépenses pour les médicaments ont dépassé les coûts des services médicaux au sein du système de santé et de services sociaux.
- Des équipements médicaux de plus en plus sophistiqués améliorent constamment les possibilités diagnostiques. De la même manière, des techniques moins invasives permettent de décupler les possibilités de traitement. Le développement technologique contribue généralement à l'augmentation des coûts, et ce, au moins de deux manières : d'un côté, certaines technologies, bien qu'elles permettent de diminuer les coûts unitaires, décuplent par ailleurs les possibilités d'intervention ; de l'autre, certaines technologies s'ajoutent aux plus anciennes mais sans les remplacer.

- Le développement rapide des technologies de l'information et de la communication (TIC) ouvre de nouveaux champs prometteurs, en particulier la télémédecine et la télésanté. Les TIC offrent également des possibilités hier insoupçonnées pour améliorer la circulation de l'information clinique et administrative et, ce faisant, la coordination des services et la prise de décision. Le déploiement des outils technologiques exige des investissements importants et pose le défi de la sécurité et de la confidentialité de l'information.

L'IMPACT DU VIEILLISSEMENT DE LA POPULATION

- Les services aux personnes âgées comptent actuellement pour 44 % des dépenses de santé et de services sociaux. Cette proportion est en augmentation constante. Deux facteurs expliquent la progression des dépenses : l'augmentation du nombre de personnes âgées et la façon de répondre à leurs besoins.
- Depuis dix ans, la proportion de personnes âgées a augmenté de 1,9 point pour se situer aujourd'hui à 12,9 % de l'ensemble de la population (2001). À ce jour, ce n'est pas tellement l'augmentation du nombre de personnes âgées qui a exercé des pressions financières à la hausse sur les dépenses, quoiqu'on ne saurait négliger ce facteur. Il faut plutôt considérer l'allongement de la durée de vie et le fait que le nombre d'années de vie gagnées ne s'est pas traduit nécessairement par un augmentation similaire de l'espérance de vie en bonne santé. Par ailleurs, avec le développement des technologies et du médicament, plus de personnes âgées qu'hier sont en mesure de recevoir des traitements spécialisés, généralement coûteux.
- Dans 10 ans, en 2011, la proportion de personnes âgées aura augmenté de 2,8 points par rapport à aujourd'hui, pour se situer à 15,7 %. À ce moment, le Québec aura rejoint les taux actuels de la plupart des pays européens. Mais la tendance démographique s'accélérera par la suite. Le système de santé et de services sociaux doit donc se préparer dès maintenant à modifier l'organisation de ses services et à améliorer sa performance dans la réponse aux besoins, pour être en mesure d'absorber ces changements.

À L'INTERNE, UN SYSTÈME DE SERVICES EN TRANSITION

L'ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION DES SERVICES

- Le Québec, à l'instar de la plupart des sociétés occidentales, a entrepris une grande transformation de son système de santé et de services sociaux au cours des années 1990. Cette réforme visait :
  - à rapprocher les centres de décision de l'action et à assouplir le fonctionnement du système ;
  - à profiter du développement des technologies et de l'évolution des connaissances afin de modifier les pratiques hospitalières, à réduire le taux d'institutionnalisation, à diminuer le recours aux services spécialisés et à réallouer des ressources vers les services de base (services ambulatoires et services à domicile) ; le Québec avait, sur ce plan, un important retard à rattraper.
- Des gains importants ont été réalisés :
  - Les séjours hospitaliers et le recours à l'hospitalisation ont diminué de façon significative avec l'augmentation des chirurgies d'un jour et le développement des services ambulatoires. Ainsi, en médecine, le séjour moyen a été ramené de 8,8 à 7,5 jours dans un très court laps de temps, ce qui représente un effort considérable.
  - Le taux d'hébergement des personnes âgées a enregistré une baisse importante : il est de 4 % aujourd'hui alors qu'il s'élevait à environ 7 % il y a une décennie à peine.
  - Des modèles novateurs d'organisation des services ont vu le jour, fruits du développement des connaissances et des pratiques. Ces modèles permettent d'assurer une meilleure continuité des services et de mieux répondre aux clientèles dont les besoins s'étendent sur une longue période : personnes âgées en perte d'autonomie, santé mentale, etc.
  - Le service Info-Santé CLSC a connu un grand développement. Il constitue aujourd'hui un levier important pour organiser l'accès aux services de première ligne dans tous les territoires de CLSC.
  - Bien qu'ils restent insuffisants, les investissements dans les services à domicile ont augmenté graduellement depuis le milieu des années 1990.
  - La proportion des ressources déployées dans l'offre directe de services, par rapport aux ressources totales, a augmenté. Une étude réalisée auprès de 14 grands hôpitaux a relevé une baisse des dépenses liées à l'administration et aux services de soutien de 7 % entre 1994 et 1998.

- Le contexte budgétaire difficile dans lequel la transformation a été menée n'a pas permis de réaliser les investissements nécessaires dans des secteurs névralgiques. En outre, certaines mesures d'économie ont entraîné des départs massifs et une perte d'expertise :
  - les services de base restent peu développés dans certains territoires, les médecins généralistes et les CLSC offrant des services en parallèle. En outre, les services à domicile ne répondent que partiellement à la demande, particulièrement en ce qui concerne les clientèles qui ont besoin de services sur une longue période. Dans ce contexte, les personnes ayant des incapacités continuent souvent de s'adresser directement aux urgences et aux services spécialisés, qui restent surchargés ;
  - des activités de prévention et de promotion de la santé et du bien-être ont dû être délaissées sous la pression des besoins relatifs aux traitements et aux soins des personnes ;
  - on relève des pénuries de personnel dans certains secteurs. Les nombreux départs à la retraite ont accentué ces pénuries.

- La réorganisation n'a pas permis, à ce jour, de changer des éléments structurants du système et d'adapter les leviers essentiels pour une organisation de services performante :
  - le mode de rémunération des médecins et l'organisation de la pratique médicale ont peu changé au fil des ans, bien que les besoins aient évolué. En outre, pour plusieurs personnes, il est difficile d'avoir accès à un médecin de famille ;
  - l'allocation budgétaire n'a pas été modifiée. Fondamentalement, la très grande partie des budgets est toujours établie sur des bases historiques. Une méthode d'allocation a été élaborée sur la base des caractéristiques socio-sanitaires de la population, mais elle est appliquée à la marge, pour les budgets de développement ;
  - le partage des responsabilités n'est pas clair entre le Ministère, les régies régionales et les établissements. Des zones grises perdurent et la ligne d'imputabilité reste imprécise ;
  - les systèmes d'information actuels n'offrent pas aux administrateurs des données de gestion complètes et il est difficile d'établir des relations utiles entre ces données et les données cliniques ;
  - les systèmes d'information doivent être couplés à des outils de communication qui permettent l'échange d'information clinique et la surveillance de l'état de santé de la population. Ces outils sont essentiels pour organiser de véritables continuums de services. Leur déploiement exige toutefois des investissements importants. De plus, il doit reposer sur une concertation étroite entre les partenaires.

L'ÉVOLUTION DES DÉPENSES

- Le gouvernement consacre actuellement quelque 40 % de ses dépenses de programmes aux services de santé et aux services sociaux (excluant le service de la dette). Cette proportion a augmenté graduellement au fil des ans, sauf pour la période de compressions budgétaires du milieu des années 1990.
- Le niveau actuel des dépenses totales de santé du Québec est similaire à celui d'États ou de pays comparables. Sur le plan des dépenses publiques de santé, le Québec investit 2 079 $ *par habitant* (2000) et il occupe le huitième rang au Canada. Toutefois, le rythme de croissance des dépenses s'est accéléré récemment, pour atteindre un peu plus de 5 % par année au cours des cinq dernières années. Signalons que, durant cette période, le gouvernement québécois a dû fournir un effort supplémentaire afin de compenser la réduction significative de la participation financière du gouvernement fédéral : la contribution fédérale est passée de 5,57 milliards de dollars en 1993-1994 à 4,14 milliards de dollars en 2000-2001. Même avec l'injection des nouvelles sommes fédérales négociées à l'automne 2000, la contribution fédérale en 2005-2006 sera encore en-deçà de ce qu'elle était en 1994. Dans l'avenir, soutenir un rythme de croissance équivalent à celui des dernières années risquerait de compromettre la marge de manœuvre budgétaire du gouvernement.
- L'augmentation des coûts du Régime général d'assurance médicaments, environ 20 % par année, offre une excellente illustration des pressions financières qui s'exercent sur le système de santé et de services sociaux. Trois facteurs expliquent la croissance des dépenses dans ce programme : l'augmentation du volume de la clientèle, l'augmentation du nombre moyen d'ordonnances par client et l'augmentation du coût unitaire moyen des médicaments.

2 LES ENJEUX

La lecture du contexte dans lequel évolue le système de santé et de services sociaux amène à cerner quatre grands enjeux.

Trouver l'équilibre dans les efforts dirigés respectivement vers la prévention, le traitement et le soutien aux personnes.

Le Québec, à l'instar de toutes les sociétés, recherche le meilleur équilibre possible entre les trois fonctions sociales au regard de la santé et du bien-être de sa population, soit la prévention, le traitement et le soutien. Ces fonctions sont interdépendantes. Ainsi, des programmes de prévention efficaces diminuent la pression sur les activités reliées à la fonction traiter. De même, des mesures de soutien suffisantes et bien coordonnées permettent aux personnes ayant des incapacités temporaires ou permanentes de vivre à domicile et d'y recevoir les soins dont elles ont besoin ; cela leur évite par ailleurs de recourir aux urgences et aux services spécialisés qui, autrement, constituent souvent pour elles le seul recours.

L'équilibre optimal, aucune société ne l'a encore trouvé. On sait cependant que des sociétés qui ont choisi d'investir davantage dans la prévention et le soutien aux personnes – les sociétés scandinaves tout particulièrement – affichent des dépenses globales similaires ou même moins élevées que le Québec, bien qu'elles comptent une proportion beaucoup plus importante de personnes âgées. En d'autres mots, il semble *a priori* qu'il soit plus efficient pour une collectivité d'investir dans la qualité de vie – la prévention et le soutien –, pour avoir à diriger moins de ressources vers le traitement.

Il faut aujourd'hui, en priorité, rediriger les efforts vers la prévention et le soutien, autour de cibles précises.

Faire évoluer l'organisation des services et les pratiques pour qu'elles répondent aux exigences d'accessibilité, de continuité et de qualité.

Le mode de prise en charge des problèmes, la manière d'organiser la réponse à la demande, est déterminant dans les services de santé et les services sociaux. L'expérience démontre qu'il est profitable de privilégier un mode de réponse gradué, hiérarchisé, en fonction de la gravité et de l'intensité des problèmes.

Le premier niveau d'accès aux services – les services de première ligne – doit être en mesure de répondre à la majorité des besoins, dans le milieu de vie des personnes, de façon rapide et efficace. Les relais avec, d'une part, les autres services offerts dans le milieu et, d'autre part, les services spécialisés doivent être prévus afin de diriger la personne lorsque la situation l'exige. Toujours la coordination doit être assurée au sein de « continuums » de services qu'une personne doit emprunter.

Dans une telle organisation, les ressources humaines sont en nombre suffisant et bien réparties. De plus la circulation de l'information est fluide entre les professionnels et le travail collaboratif entre les unités de services est usuel.

Il faut donc poursuivre la réorganisation des services amorcée au milieu des années 1990, renforcer les services de première ligne, près des milieux de vie, et se donner une organisation du travail souple.

Se donner les leviers nécessaires pour soutenir une organisation de services performante.

Le mode de gouverne et de reddition de compte, les systèmes d'information, les outils de communication et l'allocation budgétaire façonnent l'architecture des services, forment les éléments structurants de l'organisation de services. Ces éléments doivent être au service des objectifs suivants : offrir un meilleur accès à des services de qualité et bien coordonnés et améliorer l'efficience générale du système.

Pour ce faire, il faut s'employer en priorité à définir clairement les responsabilités, à établir des modes de reddition de comptes efficaces, à mettre à niveau les systèmes d'information pour mieux soutenir le travail clinique et la prise de décision et, enfin, à adapter l'allocation budgétaire sur la base des caractéristiques de la population et d'une organisation moderne des services.

Maîtriser le rythme d'évolution des dépenses globales en faisant des choix judicieux.

Le rythme d'augmentation des dépenses de santé et de services sociaux est lié à l'évolution de la demande, au mode d'organisation des services, à la façon de répondre à la demande et aux choix qui sont faits dans l'offre de services. Par ailleurs, le vieillissement de la population constituera un facteur de plus en plus important dans l'avenir, qui exercera une pression à la hausse sur les coûts.

Pour diminuer la pression structurelle, le secteur doit agir sur l'organisation générale des services, c'est-à-dire développer les services de première ligne – et les leviers qui soutiennent cette organisation des services – afin de décongestionner les services d'urgence et les services spécialisés et de leur permettre de se centrer sur leur champ d'activité et leur clientèle.

Le système de santé et de services sociaux est également appelé constamment à faire des choix dans les services qu'il offre. Ces choix sont de deux ordres : clinique et macro-organisationnel. Sur le plan clinique, le Ministère, les régies régionales, les milieux de recherche et les corporations professionnelles doivent soutenir l'élaboration et la diffusion d'instruments pour permettre aux praticiens de faire les choix les plus pertinents et les plus efficients (données probantes, protocoles, guide des meilleures pratiques...). À l'échelle macro-organisationnelle, le Ministère doit, en priorité, raffiner ses outils d'aide à la décision afin de faire des choix éclairés au regard des technologies, des médicaments et de la gamme de services à offrir.

En somme, le défi relativement au financement consiste à trouver un nouvel équilibre portant à la fois sur l'adaptation des modes de financement du régime et sur un meilleur contrôle des dépenses. La recherche de cet équilibre passe nécessairement, il faut le rappeler, par l'amélioration de la performance générale de l'organisation des services.

LES ORIENTATIONS

LES ORIENTATIONS

Pour relever les défis qui sont posés au système de santé et de services sociaux, le Ministère retient cinq orientations. Ces orientations visent à renouveler la vision de la santé et du bien-être et à soutenir le développement d'une organisation de services efficace et adaptée aux besoins d'aujourd'hui. Elles visent également à permettre au Ministère et à son réseau de faire les choix appropriés pour l'évolution du système de services et, plus largement, pour l'amélioration de la santé et du bien-être de la population.

ORIENTATION 1 : CONVENIR DES OBJECTIFS PRIORITAIRES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE AUXQUELS DOIVENT TRAVAILLER LES DIFFÉRENTS ACTEURS.

ORIENTATION 2 : AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES ET ASSURER UNE ORGANISATION OPTIMALE DES RESSOURCES.

ORIENTATION 3 : DOTER LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE RESSOURCES HUMAINES QUALIFIÉES, DES MOYENS INFORMATIONNELS ADÉQUATS ET DES MÉTHODES DE BUDGÉTISATION APPROPRIÉES.

ORIENTATION 4 : STABILISER LE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AINSI QUE LA CROISSANCE DES DÉPENSES.

ORIENTATION 5 : CLARIFIER LES RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS ACTEURS ET ACCROÎTRE LEUR IMPUTABILITÉ.

ORIENTATION 1 :

CONVENIR DES OBJECTIFS PRIORITAIRES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE AUXQUELS DOIVENT TRAVAILLER LES DIFFÉRENTS ACTEURS

La Politique de la santé et du bien-être constitue la politique cadre du réseau de la santé et des services sociaux. Elle oriente non seulement l'organisation des services, mais aussi les interventions de santé publique ainsi que les actions des divers acteurs sociaux en faveur de la santé et du bien-être. Cette politique aura bientôt dix ans. Depuis son adoption, le contexte a évolué, autant au sein du système de services qu'à l'échelle de la société. La Politique doit être mise à niveau. Parallèlement, les responsabilités du système de services en matière de prévention, de promotion, de protection et de surveillance doivent être clairement établies.

AXE 1 : AU PLAN GOUVERNEMENTAL ET AU NIVEAU DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ORIENTATION 1 :

CONVENIR DES OBJECTIFS PRIORITAIRES DE SANTÉ ET DE BIEN-ÊTRE AUXQUELS DOIVENT TRAVAILLER LES DIFFÉRENTS ACTEURS

AXE 1 : AU PLAN GOUVERNEMENTAL ET AU NIVEAU DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Objectif 1 :

Renouveler, pour les dix prochaines années, les objectifs et les stratégies de la *Politique de la santé et du bien-être* (1992).

Révision de la *Politique de la santé et du bien-être* pour 2002-2003	Publication de la politique

Objectif 2 :

Établir les responsabilités en matière de promotion, de prévention, de protection et de surveillance.

Actualisation du cadre législatif de la santé publique en 2001-2002	Dépôt du projet de loi sur la santé publique
Développement du programme de santé publique pour 2002-2003	Diffusion et mise en œuvre du programme de santé publique

Objectif 3 :

Assumer le rôle conseil du Ministère auprès des autres ministères quant à l'impact de leurs activités sur la santé et le bien-être.

Élaboration d'un mécanisme d'analyse d'impacts des projets gouvernementaux sur la santé et le bien-être en 2002-2003	Proposition au gouvernement d'un mécanisme d'analyse d'impact

ORIENTATION 2 :

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES ET ASSURER UNE ORGANISATION OPTIMALE DES RESSOURCES

L'accès, simple et facile, à des services de base, près des milieux de vie, telle est l'une des finalités du système de santé et de services sociaux. L'ensemble des autres services – services spécialisés et ultra-spécialisés – doit ensuite se déployer à partir des services de base, en empruntant les relais et les passerelles nécessaires. Pour atteindre cet objectif, dans une organisation aussi imposante que le système de santé et de services sociaux et au sein de laquelle les services spécialisés exercent de fortes pressions, il faut agir simultanément sur plusieurs dimensions.

AXE 1 : LES EFFORTS EN MATIÈRE DE PROMOTION, DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION

AXE 2 : UNE PREMIÈRE LIGNE DE SERVICES COMME ASSISE DU SYSTÈME

AXE 3 : LA QUALITÉ, LA CONTINUITÉ ET LA COORDINATION DES INTERVENTIONS

AXE 4 : LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

AXE 5 : L'AMÉLIORATION DES ACTIONS RELATIVES AUX MÉDICAMENTS

ORIENTATION 2 :

AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SERVICES ET ASSURER UNE ORGANISATION OPTIMALE DES RESSOURCES

AXE 1 : LES EFFORTS EN MATIÈRE DE PROMOTION, DE PRÉVENTION ET DE PROTECTION

Objectif 4 :

Développer les activités de promotion, de prévention et de protection et les intégrer aux pratiques cliniques et dans les continuums de services.

[illegible]	[illegible]
Élaboration d'un plan d'action 2001 - 2004 en santé publique avec des cibles particulières pour : • les jeunes de 0 à 5 ans vivant dans les milieux défavorisés ; • le développement de milieux de vie favorables, d'habitudes de vie saine et de comportements sociaux adéquats pour les enfants d'âge scolaire ; • la prévention du tabagisme et des autres toxicomanies ainsi que la prévention du suicide chez les adolescents ; • la prévention du cancer et des principales maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, maladies de l'appareil respiratoire, diabète) chez les adultes ; • la prévention des pertes d'autonomie chez les personnes âgées et la prévention des principales maladies chroniques qu'elles connaissent ; • la vigilance quant aux risques pour la santé liés à la qualité de l'eau, de l'air et des aliments, quant aux risques occupationnels, aux MTS et aux maladies évitables par vaccination	Diffusion du plan d'action en santé publique Variation annuelle des coûts directs et des heures travaillées en promotion et en prévention Les différents indicateurs associés à ces cibles font l'objet d'un suivi annuel dans le cadre des Priorités nationales de santé publique

AXE 2 : UNE PREMIÈRE LIGNE DE SERVICES COMME ASSISE DU SYSTÈME

Objectif 5 :

Mettre en place, graduellement, des groupes de médecine de famille, œuvrant soit en cabinet, soit en CLSC, avec responsabilité quant à la clientèle et quant à l'accès 24/7 aux services.

Cible	Indicateur
Développement d'au moins dix projets de groupes de médecine de famille en 2001-2002	Nombre de projets implantés
Implantation graduelle des groupes de médecine de famille entre 2001 et 2004	Nombre de personnes inscrites auprès des médecins de famille Nombre d'ententes contractuelles

Objectif 6 :

Compléter l'offre de services de base dans les CLSC.

Cible	Indicateur
Mise en œuvre des orientations sur la gamme de services de base offerts en CLSC à l'intention des jeunes et de leur famille de 2001-2002 à 2003 -2004	Diffusion des orientations Nombre de CLSC avec équipe de base en jeunesse Nombre de CLSC qui offrent la gamme complète des services de base
Élaboration de la politique de soutien à domicile des personnes ayant des incapacités et de leurs proches en 2001-2002	Diffusion de la politique

Objectif 7 :

Mettre en place un système de services préhospitaliers d'urgence qui prend assise sur une chaîne complète d'interventions.

Cible	Indicateur
Implantation, en 2001-2002, des outils de gestion permettant un suivi adéquat des ressources dévolues aux services préhospitaliers d'urgence	Chartes de compte liant les entreprises ambulancières
Élaboration, en 2001-2002, du protocole d'entente définissant les responsabilités et les modes de financement des services de premiers répondants, en collaboration avec les associations municipales	Entrée en vigueur des protocoles
Implantation, à partir de 2002-2003, des services de premiers répondants	Nombre de municipalités qui offrent les services de premiers répondants
Intégration fonctionnelle, à partir de 2003-2004, de l'ensemble des acteurs offrant des services préhospitaliers d'urgence notamment par la mise en place de centrales de coordination – santé	Nombre de centrales fonctionnelles

AXE 3 : LA QUALITÉ, LA CONTINUITÉ ET LA COORDINATION DES INTERVENTIONS

Objectif 8 :

Faire de la gestion des risques une préoccupation majeure pour les établissements de santé.

Cible	Indicateur
Étude sur les taux d'incidence et les causes probables des effets indésirables et des accidents évitables dans la prestation des soins de santé en 2001-2002	Diffusion de l'étude
Révision de l'encadrement législatif, réglementaire et administratif en 2002-2003 et renforcement des mécanismes d'information à l'usager	Dépôt des modifications législatives et réglementaires

Objectif 9 :

Mettre en place des réseaux de services intégrés pour des clientèles plus vulnérables en raison d'une perte d'autonomie.

Cible	Indicateur
Mise en œuvre des orientations ministérielles à l'égard des personnes âgées en perte d'autonomie	Nombre de territoires où existent des réseaux de services intégrés pour les personnes âgées en perte d'autonomie
Révision et poursuite de la mise en œuvre des cibles prioritaires en santé mentale, dont les réseaux de services intégrés pour les personnes ayant des troubles graves et persistants	Nombre de territoires où sont implantés des réseaux de services intégrés en santé mentale

Objectif 10 :

Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes.

Cible	Indicateur
Élaboration en 2001-2002, des orientations à l'égard des personnes présentant une déficience intellectuelle	Diffusion des orientations
Suivi intensif auprès de 9 000 enfants pour qui le risque est élevé d'éprouver des problèmes d'adaptation sociale	Nombre de parents et de jeunes bénéficiant du programme de services et de suivi intensif
Élaboration en 2001-2002 d'une stratégie de mise en œuvre des orientations à l'égard des personnes atteintes d'une déficience physique	Diffusion de la stratégie
Poursuite de la mise en œuvre des programmes et plans d'action pour les personnes atteintes de :	
• cancer	Mise en œuvre du programme québécois de lutte contre le cancer
• maladies pulmonaires obstructives chroniques	Mise en œuvre du plan d'action
• insuffisance cardiaque	Mise en œuvre du plan d'action

Objectif 11 :

Atteindre une performance maximale dans l'utilisation et le fonctionnement des services d'urgence.

Cible	Indicateur
Poursuite de la mise en oeuvre du plan d'action *Relever ensemble le défi des urgences*	Évolution de la durée des séjours à l'urgence
	Séjour moyen sur civières dans les salles d'urgence et taux d'occupation des civières

AXE 4 : LA HIÉRARCHISATION DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Objectif 12 :

Procéder à la hiérarchisation des services médicaux et hospitaliers.

Cible	Indicateur
Identification des services médicaux et hospitaliers de 1re, de 2e et de 3e ligne et des liens entre ces trois niveaux de services à compter de 2002-2003	Diffusion d'un cadre de référence
Catégorisation des CH locaux et régionaux en 2002-2003	

Objectif 13 :

Clarifier la vision de l'organisation du réseau hospitalier universitaire.

Cible	Indicateur
Proposition, par un comité intersectoriel, d'une vision de l'organisation du réseau universitaire en 2001-2002	Dépôt du rapport du comité
Révision du cadre juridique des établissements universitaires en 2002-2003	Dépôt des modifications législatives

Objectif 14 :

Confirmer le caractère d'exception de la Loi sur la protection de la jeunesse.

Cible	Indicateur
Révision de la Loi sur la protection de la jeunesse en 2002-2003	Dépôt des modifications législatives

AXE 5 : L'AMÉLIORATION DES ACTIONS RELATIVES AUX MÉDICAMENTS

Objectif 15 :

Améliorer le processus décisionnel et les mécanismes visant l'inscription, le suivi et l'utilisation optimale des médicaments.

Cible	Indicateur
Intégration et élargissement, en 2001-2002, des mandats actuels du CCP, du CRUM et du RRUM au sein du nouveau Conseil du médicament	Dépôt du projet de loi
Introduction, en 2001-2002, d'un processus élargi et de nouveaux critères pour l'inscription des médicaments	Dépôt du projet de loi
Renforcement, à partir de 2002-2003, des études de suivi et des revues d'utilisation des médicaments	Nombre d'études et de revues d'utilisation réalisées
Discussions, à partir de 2001-2002, avec l'industrie pharmaceutique sur l'établissement de partenariats	Nombre de projets de partenariats conclus

ORIENTATION 3 :

DOTER LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE RESSOURCES HUMAINES QUALIFIÉES, DES MOYENS INFORMATIONNELS ADÉQUATS ET DES MÉTHODES DE BUDGÉTISATION APPROPRIÉES

Pour améliorer constamment sa performance, le système de santé et de services sociaux doit disposer des leviers qui soutiendront activement les buts qu'il poursuit. Ces grands leviers, qui conditionnent l'organisation de services, sont : les ressources humaines, les systèmes d'information et le mode d'allocation budgétaire. Ils doivent aujourd'hui être révisés, adaptés.

AXE 1 : LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE MÉDICALE ET LE MODE DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

AXE 2 : LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE, SA FORMATION ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL

AXE 3 : DES SYSTÈMES D'INFORMATION EFFICACES ET SÉCURISÉS

AXE 4 : L'ALLOCATION INTERRÉGIONALE DES RESSOURCES ET LA BUDGÉTISATION DES ÉTABLISSEMENTS

ORIENTATION 3 :

DOTER LE RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE RESSOURCES HUMAINES QUALIFIÉES, DES MOYENS INFORMATIONNELS ADÉQUATS ET DES MÉTHODES DE BUDGÉTISATION APPROPRIÉES

AXE 1 : LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE MÉDICALE ET LE MODE DE RÉMUNÉRATION DES MÉDECINS

Objectif 16 :

Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre médicale qualifiée, en nombre suffisant et améliorer la répartition des effectifs médicaux.

Cible	Indicateur
Révision des programmes de formation en médecine pour les adapter aux exigences de tous les milieux de pratique	Changements aux cursus universitaires
Révision de la politique triennale 2001-2004 des inscriptions en médecine	Évolution de l'effectif médical au Québec
Révision, en 2001-2002, des plans régionaux d'effectifs médicaux pour les spécialités et, en 2002-2003, pour les omnipraticiens	Évolution de l'écart entre les plans régionaux d'effectifs médicaux et l'offre de services médicaux
Révision, en 2001 et 2002, des modalités de recrutement des médecins spécialistes et des critères de participation des omnipraticiens aux activités médicales prioritaires	Mesure de la participation aux activités médicales prioritaires par les médecins omnipraticiens

Objectif 17 :

Revoir les modes de rémunération des médecins en tenant compte des nouvelles orientations en matière d'organisation des services et des objectifs de contrôle des coûts.

Cible	Indicateur
Modification graduelle, à partir de 2001-2002, du mode de rémunération des médecins omnipraticiens pour favoriser l'intégration de la pratique médicale à l'ensemble des activités du réseau et l'implantation des groupes de médecine de famille, et ce dans le cadre de l'enveloppe budgétaire dédiée aux services médicaux	Nombre d'omnipraticiens ayant une rémunération mixte en établissement Nombre d'omnipraticiens rémunérés selon le nombre de patients pris en charge Évolution de l'enveloppe budgétaire consacrée aux services médicaux
Poursuivre, à partir de 2001-2002, l'instauration d'un nouveau mode de rémunération des médecins spécialistes œuvrant en milieu universitaire	Nombre de départements cliniques en CHU, en CHAU et en instituts universitaires où sont établis des plans de pratique

AXE 2 : LA PLANIFICATION DE LA MAIN-D'ŒUVRE, SA FORMATION ET L'ORGANISATION DU TRAVAIL

Objectif 18 :

Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée, en nombre suffisant, particulièrement dans les secteurs considérés comme précaires.

Cible	Indicateur
Monitorage continu des besoins de main-d'œuvre, en collaboration avec le ministère de l'Éducation	Évolution de l'écart entre les besoins et la disponibilité des ressources dans les secteurs prioritaires
Développement, à partir de 2001-2002, de plans d'action pour les catégories de personnel suivantes : • infirmières ; • infirmières auxiliaires ; • technologistes en radio-oncologie ; • physiciens médicaux ; • pharmaciens ; • biochimistes cliniques ; • réadaptation physique ; • techniciens des domaines de la médecine et des laboratoires ; • cadres et hors-cadres ; • techniciens ambulanciers, préposés au traitement des appels urgents et répartiteurs	Nombre de plans d'action complétés
Implantation des programmes de développement des compétences en conformité avec la planification de la main-d'œuvre	Nombre de programmes mis en place

Objectif 19 :

Définir, avec l'ensemble des parties et dans le cadre des conventions collectives actuelles, des mesures relatives à une organisation du travail mieux adaptée aux nouvelles réalités de l'organisation des services.

Cible	Indicateur
Discussions, en 2001-2002, sur les mesures relatives à la valorisation des compétences, à la définition de la mobilité et à la négociation sur le plan local	Indication des mesures

AXE 3 : DES SYSTÈMES D'INFORMATION EFFICACES ET SÉCURISÉS

Définir les bases permettant de s'assurer que les systèmes d'information correspondent à une vision d'ensemble.

Cible	Indicateur
Définir l'architecture de l'information et des systèmes d'information du domaine sociosanitaire en 2001-2002	Bilan des systèmes d'information et des besoins d'information des intervenants Dépôt de l'architecture de l'information et mise en en place de mécanismes permettant d'assurer sa mise à jour permanente

Mettre en place une infrastructure d'accès et d'échange d'information entre les intervenants.

Cible	Indicateur
Développement d'un portail santé québécois, d'ici 2003-2004	Nombre d'applications disponibles dans le portail
Mise en réseau graduelle des groupes de médecine de famille à partir de 2001-2002	Nombre de groupes de médecine de famille reliés

Déployer progressivement les applications relatives à la télésanté en vue d'améliorer l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés.

Cible	Indicateur
Poursuivre le déploiement et la mise à niveau des sites de télésanté	Nombre de sites opérationnels

Objectif 23 :

Mettre en place les systèmes d'information nationaux.

Cible	Indicateur
Parachèvement du développement, en 2002-2003, du système d'information sur les banques de sang Parachèvement du développement, en 2002-2003, des systèmes d'information sur la gestion des listes d'attente et des urgences Amorce du développement, à partir de 2002-2003, des systèmes d'information sur les coûts québécois par services rendus (le prix de revient des services offerts dans le réseau)	Évolution du déploiement des systèmes

Objectif 24 :

Compléter le déploiement des systèmes d'information du secteur social.

Cible	Indicateur
Déploiement du système Intégration jeunesse en 2001-2002 Déploiement du Système d'information sur les ressources de type familial (SIRTF) en 2001-2002 Déploiement du système Intégration CLSC (I-CLSC) en 2001-2002 Déploiement du Système d'information sur les services de longue durée (SICHELD) en 2001-2002	Évolution du déploiement des systèmes

AXE 4 : L'ALLOCATION INTERRÉGIONALE DES RESSOURCES ET LA BUDGÉTISATION DES ÉTABLISSEMENTS

Objectif 25 :

Modifier les modes d'allocation des ressources et de budgétisation des établissements pour qu'ils correspondent aux nouveaux modes d'organisation des services.

Révision, à partir de 2001-2002, des paramètres d'allocation des ressources visant l'équité interrégionale	Disponibilité de paramètres révisés
Révision, en 2001-2002, des modes de budgétisation des CHSGS, des CLSC et des CHSLD selon des critères liés aux besoins de la population, à la lourdeur des cas et à la performance relative des établissements	Disponibilité de critères de budgétisation

ORIENTATION 4 :

STABILISER LE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AINSI QUE LA CROISSANCE DES DÉPENSES

Le rythme de croissance des dépenses constitue une préoccupation pour tous les systèmes de santé en Occident, et ce, depuis plusieurs années. Le Québec ne fait pas exception. Il faut aujourd'hui se donner les outils qui serviront à mieux cerner et suivre les facteurs qui exercent des pressions à la hausse et rendre plus précis les instruments qui permettront à la collectivité de faire des choix d'investissement éclairés.

AXE 1 : LE CONTRÔLE DE LA CROISSANCE DES DÉPENSES

AXE 1 : LE NIVEAU DE FINANCEMENT

ORIENTATION 4 :

STABILISER LE FINANCEMENT DES SERVICES DE SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX AINSI QUE LA CROISSANCE DES DÉPENSES

AXE 1 : LE CONTRÔLE DE LA CROISSANCE DES DÉPENSES

Objectif 26 :

Se doter des outils permettant de faire les choix appropriés.

Cible	Indicateur
Mise en place de mécanismes permanents d'évaluation :	
• des technologies, avec l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, en 2001-2002 ;	Mécanismes d'évaluation fonctionnels
• des médicaments, avec l'utilisation des nouveaux critères pour l'inscription des médicaments en 2001-2002	Mise en place du Conseil du médicament

Objectif 27 :

Identifier et monitorer les principaux facteurs de croissance des dépenses.

Cible	Indicateur
Analyses systématiques et intégrées des facteurs externes (économiques, sociaux, démographiques) et internes (main-d'œuvre, production des services, technologies, médicaments, etc), à partir de 2001-2002	Publication de tableaux de bord sur les facteurs de croissance

Objectif 28 :

Assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements en déficit.

Cible	Indicateur
Poursuite, en 2001-2002, de la démarche de retour à l'équilibre budgétaire du réseau	Évolution du retour à l'équilibre budgétaire au sein des établissements Indicateurs du suivi financier des établissements du réseau

AXE 2 : LE NIVEAU DE FINANCEMENT

Objectif 29 :

Examiner les possibilités de nouvelles sources de financement.

Cible	Indicateur
Mise sur pied, en 2001-2002, d'un comité d'experts sur la faisabilité d'un régime d'assurance contre la perte d'autonomie sur une base de capitalisation	Dépôt du rapport du comité
Maximisation de la contribution du gouvernement fédéral au financement des services de santé et des services sociaux de façon à rejoindre le niveau de 1994-1995 du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux	Évolution de la contribution fédérale au financement des services

ORIENTATION 5 :

CLARIFIER LES RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS ACTEURS ET ACCROÎTRE LEUR IMPUTABILITÉ

Le système de santé et de services sociaux a modifié ses instances de gouverne et créé de nouveaux centres de décision il y a maintenant dix ans. L'expérience montre qu'il faut aujourd'hui préciser clairement les responsabilités de chaque acteur et resserrer la reddition de compte.

AXE 1 : LA GOUVERNE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ORIENTATION 5 :

CLARIFIER LES RESPONSABILITÉS DES DIFFÉRENTS ACTEURS ET ACCROÎTRE LEUR IMPUTABILITÉ

AXE 1 : LA GOUVERNE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Objectif 30 :

Ajuster la ligne d'imputabilité entre le Ministère, les régies régionales et les établissements.

Modifications de la composition du conseil d'administration et des responsabilités des régies régionales en 2001-2002	Dépôt des modifications législatives
Modifications de la composition du conseil d'administration des établissements en 2001-2002	Dépôt des modifications législatives

Objectif 31 :

Instaurer une culture de gestion par résultats.

Renouvellement, en 2002-2003, des ententes contractuelles entre le Ministère et les régies régionales comprenant des attentes signifiées	Degré d'atteinte des attentes signifiées
Implantation, d'ententes contractuelles en 2002-2003, entre les établissements et les régies régionales comprenant des attentes signifiées	Degré d'atteinte des attentes signifiées

CONCLUSION

Le système de santé et de services sociaux poursuit deux grands objectifs : contribuer à l'amélioration de la santé et du bien-être de la population et offrir aux individus l'accès à des services efficaces, continus et de qualité. Ces objectifs n'ont pas changé depuis la mise en place du système, il y a maintenant trente ans. L'environnement social a cependant beaucoup évolué.

Les attentes de la population envers le système de santé et de services sociaux sont aujourd'hui très élevées et le système doit constamment améliorer sa performance. Pour relever ces défis, l'organisation des services et les leviers qui la soutiennent doivent être adaptés, transformés. Le système doit acquérir une nouvelle souplesse et un nouveau dynamisme qui marqueront désormais son évolution.

Les orientations énoncées dans le Plan stratégique 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux visent exactement ce but. Elles proposent des corrections de trajectoire essentielles. Mais, surtout, elles visent à maintenir la confiance de la population envers l'un des grands édifices sociaux que le Québec s'est donné.

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AÉTMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
CCP	Conseil consultatif de pharmacologie
CH	Centre hospitalier
CHAU	Centre hospitalier affilié universitaire
CHQ	Corporation d'hébergement du Québec
CHSGS	Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CJ	Centre jeunesse
CLSC	Centre local de services communautaires
CMQ	Conseil médical du Québec
CPLT	Comité permanent de lutte à la toxicomanie
CR	Centre de réadaptation
CRUM	Comité de revue de l'utilisation des médicaments
CSBE	Conseil de la santé et du bien-être
CSMQ	Comité de la santé mentale du Québec
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PSBE	Politique de la santé et du bien-être
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RRSSS	Régie régionale de la santé et des services sociaux
RRUM	Réseau de revue d'utilisation des médicaments
SICHELD	Système d'information sur les services de longue durée
SIRTF	Système d'information sur les ressources de type familial
TCSPS	Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux
TIC	Technologies de l'information et de la communication

PLAN STRATÉGIQUE 2001-2004 DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

ORIENTATIONS	AXES D'INTERVENTION	OBJECTIFS
Convenir des objectifs prioritaires de santé et de bien-être auxquels doivent travailler les différents acteurs	Au plan gouvernemental et au niveau du réseau de la santé et des services sociaux	1. Renouveler, pour les dix prochaines années, les objectifs et les stratégies de la Politique de la santé et du bien-être (1992) ; 2. Établir les responsabilités en matière de promotion, de prévention, de protection et de surveillance ; 3. Assumer le rôle conseil du Ministère auprès des autres ministères quant à l'impact de leurs activités sur la santé et le bien-être.
Améliorer l'accès aux services et assurer une organisation optimale des ressources	Au plan gouvernemental et au niveau du réseau de la santé et des services sociaux	4. Développer les activités de promotion, de prévention et de protection et les intégrer aux pratiques cliniques et dans les continuums de services.
	Une première ligne de services comme assise du système	5. Mettre en place, graduellement, des groupes de médecine de famille, œuvrant soit en cabinet, soit en CLSC, avec responsabilité quant à la clientèle et quant à l'accès 24/7 aux services ; 6. Compléter l'offre de services de base dans les CLSC ; 7. Mettre en place un système de services préhospitaliers d'urgence qui prend assise sur une chaîne complète d'interventions.
	La qualité, la continuité et la coordination des interventions	8. Faire de la gestion des risques une préoccupation majeure pour les établissements de santé. 9. Mettre en place des réseaux de services intégrés pour des clientèles plus vulnérables en raison d'une perte d'autonomie ; 10. Intensifier les efforts de continuité de services et de mise en relation des intervenants pour les clientèles ayant des problèmes complexes ; 11. Atteindre une performance maximale dans l'utilisation et le fonctionnement des services d'urgence.
	La hiérarchisation des services de santé et des services sociaux	12. Procéder à la hiérarchisation des services médicaux et hospitaliers ; 13. Clarifier la vision de l'organisation du réseau hospitalier universitaire ; 14. Confirmer le caractère d'exception de la Loi sur la protection de la jeunesse.
	L'amélioration des actions relatives aux médicaments	15. Améliorer le processus décisionnel et les mécanismes visant l'inscription, le suivi et l'utilisation optimale des médicaments.
Doter le réseau de la santé et des services sociaux de ressources humaines qualifiées, des moyens informationnels adéquats et des méthodes de budgétisation appropriées	La planification de la main-d'œuvre médicale et le mode de rémunération des médecins	16. Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre médicale qualifiée, en nombre suffisant, et améliorer la répartition des effectifs médicaux ; 17. Revoir les modes de rémunération des médecins en tenant compte des nouvelles orientations en matière d'organisation des services et des objectifs de contrôle des coûts.
	La planification de la main-d'œuvre, sa formation et l'organisation du travail	18. Assurer la disponibilité d'une main-d'œuvre qualifiée, en nombre suffisant, particulièrement dans les secteurs considérés comme précaires ; 19. Définir, avec l'ensemble des parties et dans le cadre des conventions collectives actuelles, des mesures relatives à une organisation du travail mieux adaptée aux nouvelles réalités de l'organisation des services.
	Des systèmes d'information efficaces et sécurisés	20. Définir les bases permettant de s'assurer que les systèmes d'information correspondent à une vision d'ensemble ; 21. Mettre en place une infrastructure d'accès et d'échange d'information entre les intervenants ; 22. Déployer progressivement les applications relatives à la télésanté en vue d'améliorer l'accessibilité aux services spécialisés et surspécialisés ; 23. Mettre en place les systèmes d'information nationaux ; 24. Compléter le déploiement des systèmes d'information du secteur social.
	L'allocation interrégionale des ressources et la budgétisation des établissements	25. Modifier les modes d'allocation des ressources et de budgétisation des établissements pour qu'ils correspondent aux nouveaux modes d'organisation des services.
Stabiliser le financement des services de santé et des services sociaux ainsi que la croissance des dépenses	Le contrôle de la croissance des dépenses	26. Se doter des outils permettant de faire les choix appropriés ; 27. Identifier et monitorer les principaux facteurs de croissance des dépenses ; 28. Assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire des établissements en déficit.
	Le niveau de financement	29. Examiner les possibilités de nouvelles sources de financement.
Clarifier les responsabilités des différents acteurs et accroître leur imputabilité	La gouverne du réseau de la santé et des services sociaux	30. Ajuster la ligne d'imputabilité entre le Ministère, les régies régionales et les établissements ; 31. Instaurer une culture de gestion par résultats.